

# Dermatitis de contacto por fepradinol

*Frepradinol contac dermatitis*

J. Vilaplana, C. Romaguera

Departamento de Dermatología. Unidad de Alergia Cutánea. Hospital Clínic. Barcelona.

**Correspondencia:**

Juan Vilaplana  
Aragón, 465, 6.º, 1.ª - 08013 Barcelona  
Tel.: 93 2650022  
e-mail: 12164jvv@comb.es

Fepradinol es un antiinflamatorio no esteroide derivado de la feniletanolamina. En nuestro país se usa en crema y spray para tratamiento de dolores musculares y articulares.

Su mecanismo de acción radica en la estabilización de la pared vascular, inhibiendo la vasodilatación, la diapédesis de células sanguíneas y la extravasación proteica, evitando de esta manera la formación del edema[1].

Su acción es semejante a la de la indometacina y se diferencian en que el fepradinol no inhibe la biosíntesis de las prostaglandinas E2.

En experimentación animal[(2)] se mostró más potente que la indometacina y similar al piroxicam en cuanto a reducción del volumen del exudado y en la prevención de la migración celular.

## Caso clínico

Paciente de 51 años, peluquera, sin antecedentes personales y familiares de interés. Practica tenis tres veces por semana desde los 15 años, utilizando fepradinol spray en dolores musculares y articulares producidos por distensiones, contusiones etc., desde hace 5 años.

En septiembre de 2004 la paciente sufre una distensión en tobillo derecho, aplicándose fepradinol spray, apareciendo prurito a las pocas horas de aplicación. En sucesivas aplicaciones aparece en la zona eritema y pápulas acompañado de intenso prurito que obligan a suspender su aplicación (Figura 1).

Es tratada por su dermatólogo con corticoides tópicos y antihistamínicos orales durante 15 días desapareciendo el cuadro clínico.

Remitida a nuestra Unidad de Alergia Cutánea para estudio, se le practican pruebas epicutáneas con las baterías Standard y de Cosméticos de Chemotecnique a las que se añade el spray tal cual (TC). Solo el spray aplicado TC fue positivo a las 48 horas (++) y a las 96 horas (++) (Figura 2).

Se cita a la paciente para nuevas pruebas epicutáneas que se realizan por el método del fotopatch<sup>c</sup> con el fepradinol y otras sustancias químicas que por indicaciones o por estructura química pudieran estar relacionadas, obteniendo



**Figura 1.** Aspecto clínico

**Tabla 1.**

Sustancia	Irradiada		No irradiada	
	48 h	96 h	48 h	96 h
Fepradinol 5% V	+	+	++	++
Ketoprofeno 2,5% V	-	-	-	-
Piroxicam 1% V	-	-	-	-
Efedrina 10% V	-	-	-	-
Fenilefedrina 10% V	-	-	-	-
Terbutalina 10% V	-	-	-	-
Spray TC	+	+	++	++

V: Vaselina; TC: Tal Cual.

nuevamente como resultado una única positividad al fepradinol y al spray parchado TC (Tabla 1).

## Comentario

El fepradinol está descrito como agente etiológico de dermatitis de contacto desde el año 1992[3], existiendo exhaustiva revisión en nuestro país por parte de Ortiz de Frutos y cols.[4]. Ha sido descrito como foto-sensibilizante[5] y en una ocasión ha sido descrito como agente etiológico de una dermatitis de contacto papulonecrótica[6].

Llama la atención que existen estudios demostrando la reacción cruzada del fepradinol con otros simpaticomiméticos como la efedrina, fenilefrina, pseudoefedrina y de hecho el fepradinol pertenece estructuralmente al grupo de los compuestos adrenérgicos[7, 10] hecho que en nuestro caso como en el descrito por Godoy y cols.[8] no ha sucedido. Las publicaciones que refieren posibles reacciones cruzadas con otros antiinflamatorios no esteroides las consideran sensibilizaciones múltiples[9], de hecho

**Figura 2.** Parche positivo al fepradinol

nuestra paciente actualmente utiliza un antiinflamatorio a base de piroxicam sin ninguna sintomatología. Existen pocas publicaciones de sensibilización al fepradinol, casi todas ellas en países mediterráneos, existiendo un solo caso publicado de fotoalergia[5].

Creemos que en pacientes sensibles a esta sustancia se pueden utilizar sin reparos otros antiinflamatorios tópicos no esteroides, puesto que aunque comparten indicaciones de uso, son química y estructuralmente diferentes.

Sin embargo debemos extremar las precauciones ante la utilización por parte de estos pacientes sensibles al fepradinol de sustancias simpaticomiméticas (efedrina, pseudoefedrina, fenilefedrina, terbutalina etc.) que siendo de amplia utilización en nuestro medio como descongestionantes nasales y preparaciones oftálmicas comparten una estructura química muy parecida, y aunque en nuestro caso no se han dado reacciones cruzadas, no pueden descartarse.

## Bibliografía

1. Massó JM, Villar AM, Conde JR, Martorell J. Mechanism of anti-inflammatory action of fepradinol. *Arzneimittelforschung* 1994; 44:68-74.
2. Massó JM, Villar AM, Conde JR, Martorell J. Effects of fepradinol on rat acute models of vascular permeability and leucocyte migration. *Agents Actions* 1994;42: 118-22.
3. Izu R, Aguirre A, Irazábal B, Godoy J, Diaz-Pérez JL. Allergic contact dermatitis from fepradinol. *Contact Dermatitis* 1992;27: 266-7.
4. Ortiz-Frutos FJ, Hergueta JP, Quintana I, Zarco C, Iglesias L. Allergic contact dermatitis from fepradinol: report of 4 cases and review of the literature. *Contact Dermatitis* 1994;31: 193-5.
5. Rodríguez Granados T, Pineiro G, De la Torre C, Cruces Prado MJ. Photoallergic contact dermatitis from fepradinol. *Contact Dermatitis* 1998;39:194-5.
6. Santos-Briz A, Antúnez P, Muñoz E, Morán M, Fernández E, Unamuno P. Vascular-occlusive contact dermatitis from fepradinol. *Contact Dermatitis* 2004; 50:44-6.
7. Barranco R, Rodríguez A, De Barrio M, Trujillo MJ, De Frutos C, Matheu V, Tornero P, Herrero T. Sympathomimetic drug allergy: cross-reactivity study by patch test. *Am J Clin Dermatol* 2004;5:351-5.
8. Godoy JJ, Yanguas I, González-Guemes M, Oleaga JM, Ilardia R, Soloeta R. No evidence of cross-reaction between fepradinol and other phenylethanolamines. *Contact Dermatitis* 1997;36:170-1.
9. Gonzalo MA, Revenga F. Multiple cutaneous sensitization to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Dermatology* 1996;193:59-60.
10. Schnuch A. Fepradinol allergy: possibly a case of unnoticed cross-reaction due to misclassification. *Contact Dermatitis* 1994; 30:243-5.